Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009

par Melanie Hoover et Michelle Rotermann

Décembre 2012

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

• Service de renseignements statistiques	1-800-263-1136
• Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
• Télécopieur	1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

• Service de renseignements	1-800-635-7943
• Télécopieur	1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2012

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009

par Melanie Hoover et Michelle Rotermann

Diffusé en ligne le 19 décembre 2012

Résumé

Fondé sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé de 2009, le présent article dresse le portrait actuel de l'utilisation des soins à domicile et des besoins insatisfaits à cet égard des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la collectivité. Les soins à domicile désignent les soins reçus à la maison pour une raison liée à la santé au cours des douze mois précédant l'entrevue. Ils comprennent les soins formels fournis par les travailleurs rémunérés et les organismes bénévoles ainsi que les soins informels prodigués par les membres de la famille, les amis ou les voisins. En 2009, 25 % des personnes âgées ont reçu des soins à domicile. La proportion de bénéficiaires a augmenté avec l'âge et l'état de mauvaise santé. En outre, les personnes âgées qui vivaient seules étaient plus susceptibles de recevoir des soins à domicile que celles qui vivaient avec d'autres personnes. Les types de soins les plus souvent déclarés ont été l'aide à effectuer les tâches ménagères et les déplacements. Les membres de la famille, les amis et les voisins ont fourni la majorité des soins de tous types. Près de 180 000 personnes âgées (4 %) ont déclaré ne pas recevoir les soins à domicile professionnels dont ils avaient besoin.

Mots-clés

Activités quotidiennes, âgé, aîné, autonomie, gériatrie, prestation de soins, soutien social

Auteures

Melanie Hoover (1-613-951-0346; melanie.hoover@statcan.gc.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé et Michelle Rotermann, à la Division de l'analyse de la santé, Statistique Canada (Ottawa) Ontario K1A 0T6.

Le vieillissement de la population, la prévalence à la hausse des maladies chroniques et les changements qui s'opèrent relativement à la prestation de soins de santé contribuent à créer des besoins en matière de soins à domicile[1-3]. Les services de soins à domicile à l'intention des personnes âgées peuvent réduire le nombre de demandes d'hospitalisations[4,5], et celui de réhospitalisations[5], ainsi que la probabilité de placement en établissement[6]. Les soins à domicile peuvent également se révéler plus économiques que les soins en établissement[5, 7, 8].

L'étude s'appuie sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC–VS) menée en 2009 pour dresser le portrait des personnes âgées vivant dans la collectivité qui reçoivent des soins à domicile et examiner les types de soins formels et informels qu'elles reçoivent. L'étude se penche également sur les besoins insatisfaits des personnes âgées en matière de soins à domicile professionnels.

Une personne âgée sur quatre

En 2009, 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus, soit un peu plus d'un million de personnes, ont déclaré avoir reçu des soins à domicile formels ou informels au cours des 12 derniers mois (tableau 1). Cependant, la prévalence du recours aux soins à domicile est probablement plus répandue dans les faits. Il est possible qu'une partie des soins informels, comme l'aide fournie par le conjoint, n'ait pas été déclarée et que ces soins aient plutôt été considérés comme du soutien normal offert à un membre de la famille.

Chez les personnes âgées, une plus forte proportion de femmes que d'hommes a déclaré avoir reçu des soins à domicile (30 % contre 18 %). Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes ayant bénéficié de soins à domicile a augmenté avec l'âge, passant de 12 % et 18 %, respectivement, chez les hommes et les femmes de 65 à 74 ans à 44 % et 59 %, respectivement, chez les hommes et les femmes de 85 ans et plus.

Les données

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC–VS) a été menée de décembre 2008 à novembre 2009 auprès de la population à domicile âgée de 45 ans et plus des dix provinces. Les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants des réserves indiennes et de certaines régions éloignées ont été exclus. Le taux de réponse a été de 74,4 %.

L'échantillon utilisé aux fins de la présente analyse comptait 16 369 personnes âgées de 65 ans et plus, et a été pondéré de façon à représenter une population d'environ 4,4 millions de personnes en 2009. Des fréquences pondérées et des tableaux croisés ont servi à estimer la proportion de bénéficiaires de soins à domicile ou de personnes dont les besoins en soins professionnels étaient insatisfaits, ou les deux. Les covariables ont été choisies selon la littérature et les données disponibles. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*[12,13]. Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs au seuil de $p < 0,05$. Des informations détaillées sur le plan de sondage et la méthode d'échantillonnage ont été publiées ailleurs[14].

Les données sur les bénéficiaires de soins à domicile sont tirées des réponses aux questions portant sur les soins formels et informels. À l'égard des *soins formels*, les participants devaient répondre à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide professionnelle, de courte ou de longue durée, en raison d'un problème de santé ou de limitations affectant votre vie quotidienne, concernant l'une ou l'autre des activités suivantes? » (L'aide professionnelle désignait l'aide fournie tant par les travailleurs rémunérés que par les bénévoles.) :

- les soins personnels, comme manger, s'habiller, prendre un bain ou utiliser les toilettes;
- les soins médicaux, comme prendre des médicaments, ou les soins infirmiers (p. ex. changer des pansements ou les soins des pieds);
- la gestion des soins, comme prendre des rendez-vous;
- les activités instrumentales, comme les travaux ménagers, l'entretien de la maison et les travaux extérieurs;
- le transport, y compris pour les visites chez le médecin ou pour faire les courses;
- la préparation ou la livraison des repas;
- autre;
- aucune.

Les participants pouvaient choisir tous les énoncés qui s'appliquaient à leur situation. À l'égard des *soins informels*, la question était sensiblement la même, sauf qu'elle ne traitait plus de soins professionnels, mais d'aide « de la part de la famille, d'amis, ou de voisins ». Les *bénéficiaires de soins à domicile* désignaient les personnes qui avaient reçu au moins un type de soins à domicile d'une source formelle ou informelle, ou des deux.

Les *besoins de soins à domicile professionnels insatisfaits* ont été déterminés par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez besoin de services professionnels à domicile, mais que vous ne les avez pas obtenus? » L'intervieweur lisait alors la même liste d'activités proposée dans les questions sur les soins formels et informels. Les participants pouvaient donner jusqu'à 15 raisons pour lesquelles, selon eux, ils n'avaient pas pu obtenir ces services. Ces raisons ont ensuite été groupées en trois catégories : les caractéristiques du réseau de santé (dont la disponibilité des services et le temps d'attente), les obstacles personnels (dont l'impossibilité de payer, l'inadmissibilité et l'ignorance) et ces deux catégories réunies.

Les variables sociodémographiques de l'analyse étaient le *sexe*, l'*âge*, la *province de résidence*, l'*aide sociale* et la *situation dans le ménage*. Les participants ont été répartis en trois groupes d'âge : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans, et 85 ans et plus. Ils ont été considérés comme des personnes à faible revenu s'ils avaient déclaré comme principale source de revenu la Sécurité de la vieillesse, le Supplément de revenu garanti ou des allocations municipales ou provinciales d'aide sociale ou de bien-être. En ce qui a trait à la situation dans le ménage, les participants ont été classés comme vivant seul(e) ou comme vivant avec d'autres personnes.

Le *soutien concret perçu* a été évalué à l'aide des quatre questions suivantes : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin :

- ... une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?
- ... une personne pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin?
- ... une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?
- ... une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade? »

Les participants qui ont déclaré « jamais » ou « rarement » à au moins une de ces questions ont été considérés comme manquant de soutien concret.

L'Indice de l'état de santé (HUI) a servi à définir le *niveau d'incapacité*. L'indice tient compte de huit dimensions de la santé, à savoir la vision, l'ouïe, la parole, l'émotion, la mobilité, la dextérité, la cognition, et la douleur et l'inconfort. Chaque dimension se divise en cinq ou six niveaux, allant du fonctionnement normal au fonctionnement gravement limité. Les valeurs de l'indice vont de -0,36 (le pire état de santé possible) à 1,00 (le meilleur état de santé possible) et ont été recodées de façon à représenter trois niveaux : sans incapacité ou incapacité légère (0,89 à 1,00), incapacité modérée (0,70 à 0,88) et incapacité grave (moins de 0,70)[15].

Les participants ont été considérés comme souffrant d'une *limitation grave sur le plan des soins personnels* s'ils étaient « totalement incapables » de manger, de s'habiller, ou de se laver ou s'occuper de leur apparence. Ceux qui avaient besoin d'« un peu d'aide » ont été considérés comme ayant une *limitation modérée sur le plan des soins personnels*.

Les participants qui ont déclaré être totalement incapables de marcher ont été considérés comme atteints d'une *limitation grave de la mobilité*, alors que ceux qui pouvaient marcher avec l'aide d'une personne ou en se servant d'un appareil fonctionnel ont été considérés comme atteints d'une *limitation modérée de la mobilité*.

L'ESCC–VS ne recueillait pas d'information sur la fréquence, l'intensité ou la durée des soins à domicile, et ne permet pas de distinguer entre les services de soins à domicile financés par le réseau public et ceux financés par le réseau privé. Les données sur les besoins insatisfaits en soins à domicile rendent compte des perceptions des participants, et n'ont pas fait l'objet d'une validation externe. Les données sur les soins à domicile tirées de l'ESCC–VS ne peuvent être comparées directement aux résultats provenant de l'ESCC 2.1 ou 3.1 ou de l'Enquête sociale générale en raison des différences ayant trait au libellé et à l'ordre des questions. D'aucuns pensent que les estimations fondées sur l'ESCC–VS sont plus élevées, parce que dans les autres enquêtes, les participants devaient indiquer s'ils avaient reçu des soins à domicile avant d'en indiquer le type et la source. Cette différence d'approche semble avoir une incidence disproportionnée sur la prévalence déclarée du recours aux soins informels. En effet, les personnes à qui la question ciblée de l'ESCC–VS n'est pas posée négligent fréquemment de mentionner les soins informels reçus de la part de membres de la famille ou d'amis. Alors que 13 % des participants à l'ESCC–VS ont déclaré avoir reçu des soins à domicile exclusivement de sources informelles, la proportion correspondante chez les participants à l'ESCC 3.1 était de 4 % (données non présentées). Les différences dans l'ordre des questions n'a pas influé dans la même mesure sur la prévalence déclarée du recours aux soins à domicile de sources formelles ou mixtes. Malgré les différences dans les questions et dans les déclarations concernant le recours aux soins à domicile, les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et celles de l'état de santé ont généralement persisté, peu importe l'ensemble de données utilisé.

Tableau 1
Nombre et pourcentage de personnes âgées ayant reçu des soins à domicile, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2009

Caractéristiques	Total				Hommes				Femmes			
	Nombre	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Nombre	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Nombre	Pourcentage	Intervalle de confiance à 95 % de	à
	milliers	%			milliers	%			milliers	%		
Total	**1 070**	**24,5**	**23,5**	**25,6**	**352**	**17,9**	**16,5**	**19,4**	**718**	**30,0‡**	**28,6**	**31,4**
Groupe d'âge												
65 à 74 ans†	363	15,1	13,9	16,4	134	11,7	10,1	13,4	229	18,2‡	16,5	20,2
75 à 84 ans	442	30,1*	28,4	31,9	142	21,9*	19,5	24,5	300	36,6*‡	34,2	39,0
85 ans et plus	265	54,0*	51,3	56,7	76	44,1*	39,8	48,5	189	59,4*‡	56,1	62,5
Situation dans le ménage												
Personnes vivant seules	425	33,3*	31,7	35,0	80	23,6*	20,9	26,4	345	36,9*‡	34,9	38,9
Personnes vivant avec d'autres†	644	20,9	19,6	22,3	271	16,7	15,1	18,3	373	25,6‡	23,6	27,6
Principale source de revenu												
Prestations d'assistance sociale, Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti	270	31,2*	29,1	33,4	72	23,9*	20,4	27,9	198	35,1*‡	32,4	37,8
Autres†	719	22,5	21,3	23,7	259	16,6	15,2	18,1	460	28,1‡	26,4	29,9
Limitations en matière de soins personnels												
Aucune limitation†	829	20,3	19,3	21,3	274	14,6	13,4	15,8	555	25,1‡	23,6	26,5
Limitation modérée	212	88,2*	85,0	90,8	68	84,3*	78,3	88,8	143	90,2*	86,2	93,2
Limitation grave	27	93,0*	79,5	97,8	8	84,9*	53,8	96,5	19	96,9	89,2	99,2
Limitation de la mobilité												
Aucune limitation†	935	22,3	21,3	23,3	321	16,6	15,4	18,0	614	27,0‡	25,6	28,5
Limitation modérée	117	79,1*	73,6	83,8	26	68,9*	54,1	80,6	91	82,6*	76,5	87,3
Limitation grave	18	96,3*	87,5	99,0	5	94,4*	78,0	98,8	13	97,2*	82,3	99,6
Indice de l'état de santé (HUI)												
Sans incapacité ou incapacité légère†	270	11,5	10,5	12,6	89	8,0	7,0	9,1	181	14,7‡	13,2	16,4
Incapacité modérée	226	26,6*	24,1	29,1	79	21,1*	17,8	24,9	147	30,9*‡	27,6	34,3
Incapacité grave	516	49,7*	47,3	52,0	164	38,6*	34,7	42,6	352	57,3*‡	54,5	60,1
Province												
Terre-Neuve-et-Labrador	13	17,7*	15,3	20,4	4	12,5*	9,4	16,4	8	22,1*‡	19,0	25,6
Île-du-Prince-Édouard	5	24,1	20,5	28,1	2	18,5	14,1	23,9	3	28,7‡	23,8	34,2
Nouvelle-Écosse	37	27,0	24,1	30,1	12	20,1	16,3	24,5	25	32,5‡	28,6	36,7
Nouveau-Brunswick	31	28,5*	25,6	31,6	11	23,7*	20,0	27,8	19	32,5‡	28,4	36,8
Québec	242	22,2*	20,1	24,5	80	16,6	14,0	19,6	163	26,6*‡	23,8	29,7
Ontario	448	26,7*	24,8	28,6	143	18,9	16,4	21,7	305	33,1*‡	30,5	35,7
Manitoba	43	28,6*	25,5	32,0	15	21,7	17,9	26,1	29	34,1‡	30,0	38,5
Saskatchewan	33	23,8	21,0	26,8	10	16,7	13,7	20,3	22	29,5‡	25,2	34,1
Alberta	80	22,5	19,5	25,7	27	16,2	12,7	20,5	53	27,8‡	23,9	32,2
Colombie-Britannique	138	22,5	20,3	25,0	48	16,6	13,8	19,9	91	27,7‡	24,3	31,5

† catégorie de référence; en ce qui concerne les provinces, la catégorie de référence est l'ensemble des autres provinces
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ différence significative par rapport aux hommes ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009.

Les personnes âgées vivant seules étaient plus susceptibles d'avoir reçu des soins à domicile que celles qui habitaient avec d'autres personnes. En outre, la proportion de personnes âgées qui ont reçu des soins à domicile était plus importante chez celles dont la principale source de revenu provenait d'une forme d'aide sociale que chez celles dont le revenu provenait essentiellement d'une autre source. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de recherches antérieures qui montrent que le faible revenu et le fait de vivre seul[9-10] sont liés à des taux plus élevés de recours aux soins à domicile[10-11].

Comme il fallait s'y attendre, les personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles étaient plus susceptibles d'avoir recours aux soins à domicile que celles en meilleure santé. Ainsi, la moitié des personnes âgées ayant une incapacité grave ont déclaré avoir reçu des soins à domicile, comparativement à 12 % des personnes âgées sans incapacité ou ayant une incapacité légère. Une proportion relativement forte de personnes ayant

une limitation physique ont bénéficié d'une aide pour leurs soins d'hygiène corporelle, comme prendre un bain ou utiliser les toilettes, comparativement aux personnes sans limitations.

Différences entre les provinces

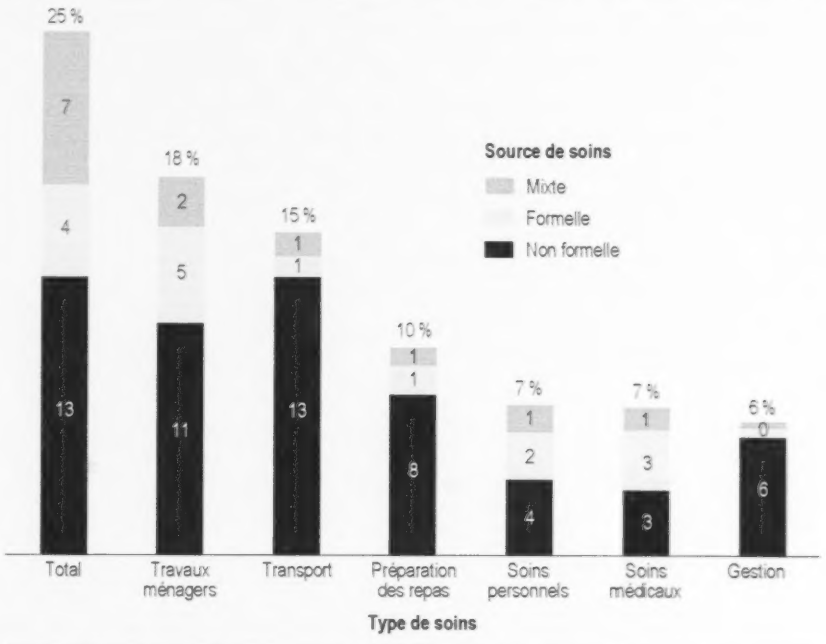
La prévalence du recours aux soins de santé (formels et informels) variait selon la province. Comparativement à l'ensemble du Canada, la proportion de personnes ayant déclaré avoir reçu des soins à domicile était inférieure à Terre-Neuve-et-Labrador (18 %) et au Québec (22 %), et supérieure au Nouveau-Brunswick (29 %), en Ontario (27 %) et au Manitoba (29 %). Les estimations pour les autres provinces étaient comparables à la moyenne nationale. Les écarts entre les provinces se maintenaient lorsque seuls les soins à domicile formels étaient pris en considération, sauf pour deux provinces. En Alberta, on a déclaré un recours aux soins à domicile formels plus faible comparativement à la moyenne nationale, tandis qu'au Québec, il y était comparable (données non présentées).

Les écarts entre les provinces en matière de recours aux soins à domicile pourraient dépendre dans une certaine mesure de l'âge et de l'état de santé des personnes âgées de chaque province, ainsi que de différences en ce qui concerne la disponibilité des services, les critères d'admissibilité et la structure et la prestation des soins[16-19]. Les analyses effectuées aux fins de la présente étude n'ont pas tenu compte de ces facteurs.

Sources et types de soins

Plus de la moitié (53 %) des personnes âgées qui avaient reçu des soins à domicile au cours de l'année précédente ont indiqué que ces soins provenaient uniquement de sources informelles, comme la famille, les amis et les voisins (données non présentées). À l'inverse, 18 % avaient reçu des soins à domicile uniquement de la part d'employés payés ou de bénévoles. Les 29 % restants avaient reçu des soins de sources mixtes, ce qui met en évidence la complémentarité des réseaux de soins formels et informels[1,7].

Figure 1
Pourcentage de personnes âgées recevant des soins à domicile, selon le type et la source des soins, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2009



Nota : La catégorie « Autres », qui représente 1 % de l'ensemble, n'est pas montrée. Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009.

Les sources de soins variaient quelque peu selon le type de soins reçus, et pour presque tous les types, le réseau de soins informels était le plus fréquemment utilisé (figure 1). Les soins médicaux constituaient l'exception : leur prestation était assurée en proportions égales par les sources formelles et informelles de soins, et en une proportion moindre par des sources mixtes.

Il importe de comprendre quels services sont fournis le plus fréquemment par les divers types de prestataires, car le nombre d'heures de soins prodigués est généralement plus élevé lorsque des soins informels sont accessibles[20]. Les personnes âgées qui recevaient uniquement des soins de sources formelles étaient moins susceptibles d'avoir accès à un soutien concret (66 %) que celles qui recevaient des soins de sources informelles (81 %) ou mixtes (76 %) (données non présentées). L'absence de soutien concret pourrait aussi être un prédicteur des besoins futurs des personnes âgées en matière de soins à domicile professionnels.

Parmi les personnes âgées ayant reçu des soins à domicile, l'aide aux travaux ménagers (y compris les travaux d'entretien) était le type de soins le plus courant (18 %), devant l'aide au transport (15 %) et à la préparation des repas (10 %) (figure 1). Cette tendance se maintenait d'une province à l'autre. Les personnes qui avaient reçu des soins médicaux ou des soins personnels, deux catégories associées à un degré de dépendance élevé, étaient plus susceptibles que les autres d'avoir reçu de l'aide dans au moins une autre catégorie de soins (données non présentées).

Tableau 2
Nombre et pourcentage de personnes âgées ayant des besoins en matière de soins à domicile professionnels non satisfaits, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, 2009

	Total				Hommes				Femmes			
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	Nombre	Pourcentage	de	à	Nombre	Pourcentage	de	à	Nombre	Pourcentage	de	à
	milliers	%			milliers	%			milliers	%		
Total	**180**	**4,1**	**3,7**	**4,6**	**52**	**2,6**	**2,1**	**3,3**	**128**	**5,3‡**	**4,7**	**6,1**
Groupe d'âge												
65 à 74 ans†	77	3,2	2,6	4,0	22	1,9E	1,3	2,8	55	4,4‡	3,4	5,6
75 à 84 ans	69	4,7*	4,0	5,6	19	3,0E	2,1	4,2	50	6,1*‡	5,1	7,3
85 ans et plus	33	6,7*	5,5	8,2	10	6,0*E	3,8	9,3	22	7,1	5,8	8,7
Situation dans le ménage												
Personnes vivant seules	80	6,2*	5,5	7,1	19	5,6*	4,3	7,4	60	6,5*	5,6	7,5
Personnes vivant avec d'autres†	100	3,2	2,7	3,9	32	2,0	1,5	2,7	68	4,6‡	3,7	5,8
Principale source de revenu												
Prestations d'assistance sociale, Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti	59	6,8*	5,8	8,1	14	4,6*E	3,0	7,1	45	8,0*‡	6,7	9,6
Autres†	105	3,3	2,8	3,9	32	2,1	1,6	2,7	72	4,4‡	3,6	5,4
Limitations en matière de soins personnels												
Aucune limitation†	137	3,3	2,9	3,9	42	2,3	1,7	2,9	94	4,3‡	3,6	5,1
Limitation modérée	37	15,5*	12,6	18,9	8	9,6*E	6,4	14,2	29	18,6*‡	14,9	22,8
Limitation grave	6	19,7E	12,5	29,6	F	F	...	...	4	21,3E	12,8	33,2
Limitation de la mobilité												
Aucune limitation†	145	3,5	3,0	3,9	45	2,4	1,8	3,0	100	4,4‡	3,7	5,2
Limitation modérée	29	19,8*	15,5	24,9	4	10,4*E	5,9	17,8	25	23,0*‡	17,8	29,1
Limitation grave	5	29,2E	18,3	43,1	2	42,6*E	23,0	64,9	3	23,2*‡E	11,8	40,5
Indice de l'état de santé (HUI)												
Sans incapacité ou incapacité légère†	30	1,3E	0,9	1,9	6	0,5E	0,3	0,9	24	1,9‡E	1,2	3,1
Incapacité modérée	33	3,8*E	2,9	5,1	9	2,4*E	1,3	4,4	24	5,0*‡	3,7	6,7
Incapacité grave	108	10,4*	9,2	11,8	35	8,2*	6,3	10,4	74	12,0*‡	10,4	13,9
Type de besoins insatisfaits§												
Soins médicaux	25	0,6	0,4	0,7	9	0,5E	0,3	0,7	15	0,6	0,5	0,9
Soins personnels	53	1,2	1,0	1,5	16	0,8E	0,6	1,2	37	1,5‡	1,2	1,9
Travaux ménagers	122	2,8	2,4	3,3	31	1,6	1,2	2,1	91	3,8	3,2	4,5
Transport	36	0,8	0,6	1,0	12	0,6E	0,4	1,1	24	1,0	0,8	1,3
Préparation des repas	35	0,8	0,6	1,1	13	0,7E	0,4	1,1	22	0,9	0,7	1,2
Prise de rendez-vous	10	0,2E	0,1	0,4	F	F	...	...	5	0,2E	0,1	0,3
Province												
Terre-Neuve-et-Labrador	2	3,2E	2,2	4,5	F	F	...	...	2	5,1‡E	3,5	7,4
Île-du-Prince-Édouard	0,5	2,8*E	1,8	4,2	F	F	...	...	0,4	3,6E	2,1	6,1
Nouvelle-Écosse	5	3,5E	2,5	4,9	F	F	...	...	4	5,1E	3,6	7,2
Nouveau-Brunswick	4	3,4E	2,3	4,9	F	F	...	...	3	4,8E	3,1	7,4
Québec	45	4,1	3,2	5,3	14	2,8E	1,7	4,6	31	5,1	3,7	6,9
Ontario	71	4,2E	3,4	5,2	18	2,4E	1,6	3,6	53	5,7	4,4	7,4
Manitoba	7	4,5	3,3	6,2	2	2,6E	1,5	4,4	5	6,1E	4,1	9,0
Saskatchewan	4	3,0*E	2,1	4,2	F	F	...	...	3	4,1E	2,8	6,2
Alberta	13	3,6E	2,6	5,0	4	2,6E	1,3	4,9	9	4,5E	3,0	6,7
Colombie-Britannique	29	4,7	3,7	6,1	11	3,7E	2,3	6,0	18	5,6	4,2	7,4

† catégorie de référence; en ce qui concerne les provinces, la catégorie de référence est l'ensemble des autres provinces.
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ différence significative par rapport aux hommes ($p < 0,05$)
§ les répondants pouvaient choisir plus d'un type de besoins
... n'ayant pas lieu de figurer
E à utiliser avec prudence
F données trop peu fiables pour être publiées
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2009.

Besoins en soins à domicile professionnels non satisfaits

En 2009, près de 180 000 personnes âgées (4 %) ont indiqué qu'au moins un de leurs besoins en matière de soins à domicile professionnels n'avait pas été satisfait (tableau 2). D'une province à l'autre, la proportion de personnes âgées qui disaient avoir des besoins de soins à domicile non satisfaits était essentiellement la même. Près des deux tiers (63 %) des personnes âgées ayant des besoins insatisfaits en matière de soins formels ont attribué ce manque à leur situation personnelle, par exemple l'incapacité de payer; 24 % ont mentionné les caractéristiques du système de soins de santé, y compris la non-disponibilité des services; et les 13 % restants ont évoqué l'une et l'autre raison (données non présentées). Les recherches montrent que les besoins d'aide non satisfaits entraînent des effets néfastes, y compris l'incapacité à se préparer à manger[21], les blessures[21], la dépression et la perte de moral[22], des taux d'hospitalisation élevés[23] et un risque accru de chute[3], de placement en établissement et de mort prématurée[21].

Les femmes étaient plus susceptibles d'avoir des besoins insatisfaits que les hommes (5 % par opposition à 3 %). La proportion de personnes âgées ayant déclaré des besoins insatisfaits passe d'environ 3 % chez les 65 à 74 ans à environ 7 % chez les 85 ans et plus et est deux fois plus élevée chez les personnes vivant seules que chez les personnes vivant avec d'autres personnes. La prévalence des besoins insatisfaits était également corrélée à l'incapacité. Par exemple, 10 % des personnes âgées ayant une incapacité grave ont dit avoir un besoin insatisfait en matière de soins à domicile professionnels, comparativement à 1 % des personnes n'ayant aucune incapacité. Les besoins étaient insatisfaits chez 20 % des personnes âgées ayant une limitation grave en matière de soins personnels et chez 29 % de celles ayant une limitation de la mobilité grave, comparativement à environ 3 % des personnes n'ayant aucune limitation en matière de soins personnels et à environ 4 % des personnes n'ayant aucune limitation de mobilité. Les travaux ménagers et les soins personnels représentaient les deux catégories de tâches à l'égard desquelles les personnes âgées éprouvaient le plus souvent un besoin d'aide professionnelle, mais ne la recevait pas. Les liens constatés entre les besoins insatisfaits et le sexe, ainsi que la situation dans le ménage et l'incapacité sont en harmonie avec les résultats d'autres recherches[21-24].

Conclusion

À mesure que le nombre de personnes âgées augmentera, on prévoit que les besoins en soins à domicile augmenteront. Les soins à domicile peuvent aider à demeurer en santé et autonome et à préserver sa qualité de vie[1,3]. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé montrent qu'une personne âgée sur quatre a reçu des soins à domicile au Canada, le plus souvent sous forme d'aide aux travaux ménagers et de transport. Les soins non formels prodigués par la famille, les amis et les voisins prédominent dans la plupart des catégories de soins. Environ 180 000 personnes âgées (4 % de l'ensemble de celles-ci) ont déclaré avoir des besoins en soins à domicile professionnels non satisfaits. ■

Références

1. Association canadienne des soins de santé, *Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration*, Ottawa, Association canadienne des soins de santé, 2009.
2. J. Kotecha, R.V. Birtwhistle, « Access to homecare », *Canadian Family Physician*, 17, 2008, p. 1702.
3. Conseil canadien de la santé, *Aînés dans le besoin, aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?*, 2012, disponible à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=348.
4. H. Seow, L. Barbera, D. Howell et S.M. Dy, « Using more end-of-life homecare services is associated with using fewer acute care services: a population-based cohort study », *Medical Care*, 48(2), 2010, p. 118-124.
5. Hollander Analytical Services, *Home Care Program Review*, prepared for Saskatchewan Health, Community Care Branch, février 2006, disponible à l'adresse http://www.health.gov.sk.ca/adx/aspx/adxGetMedia.aspx?DocID=530,94,88,Documents&MediaID=354&Filename=home-carereview-2006-exec-summary.pdf.
6. S. Sarma, G. Hawley et K. Basu, « Transitions in living arrangements of Canadian seniors: findings from the NPHS longitudinal data », *Social Science and Medicine*, 68(6), 2009, p. 1106-1113.
7. M.J. Hollander et N. Chappell, *Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*, rapport de synthèse disponible en anglais seulement, préparé pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada, Ottawa, Santé Canada, 2002.
8. Margarett MacAdam, *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*, Canadian Policy Research Networks Research Report, Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2008.
9. M. Rotermann, « Utilisation des services de santé par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 16(suppl.), 2006, p. 35-50.
10. G. Carrière, « Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 17(4), 2006, p. 47-51.
11. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Soutien social aux aînés et soins à domicile », *Rapports sur la santé*, 11(4), 2001, p. 43-53.
12. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).

13. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.

14. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé*, disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2.

15. Y. Feng, J. Bernier, C. McIntosh et H. Orpana, « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3 », *Rapports sur la santé*, 20(2), 2009, p. 45-53.

16. P. Le Goff, *Les soins à domicile au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique : Structures et dépenses, 2002*, disponible à l'adresse http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0232-f.htm.

17. P. Le Goff, *Les soins à domicile au Québec et en Ontario : Structures et dépenses, 2002*, disponible à l'adresse http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0231-f.htm.

18. P. Le Goff, *Les soins à domicile dans les provinces de l'Atlantique : Structures et dépenses, 2002*, disponible à l'adresse http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0230-f.htm.

19. Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

20. S.A. Lafrenière, Y. Carrière, L. Martel et A. Bélanger, « Personnes âgées en perte d'autonomie et source d'aide », *Rapports sur la santé*, 14(4), 2003, p. 33-43.

21. M.P. LaPlante, H.S. Kaye, T. Kang *et al.*, « Unmet need for personal assistance services: Estimating the shortfall in hours of help and adverse consequences », *The Journals of Gerontology*, 59(2), 2004, p. S98-S108.

22. J. Capitman, R. Abrahams et G. Ritter, « Measuring the adequacy of home care for frail elders », *The Gerontologist*, 37(3), 1997, p. 303-313.

23. L.P. Sands, Y. Wang, G.P. McCabe *et al.*, « Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs », *Journal of the American Geriatric Society*, 54(2), 2006, p. 339-344.

24. N. Dubuc, M.F. Dubois, M. Raîche *et al.*, « Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? », *BMC Geriatrics*, 11, 2011, p. 67.